

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



FACULTAD DE OBSTETRICIA

**“Relación entre los factores biodemográficos obstétricos
que influyen en la fase activa de la labor de
parto - Instituto Materno Perinatal de Lima
Mayo 1992 — Abril 1993”**

TESIS

Para optar el título profesional en Obstetricia

Testistas : Bach. Rossana Robalino Díaz
 Bach. Yesenia Yolanda Oropesa Astopilco

**Tarapoto — Perú
1994**

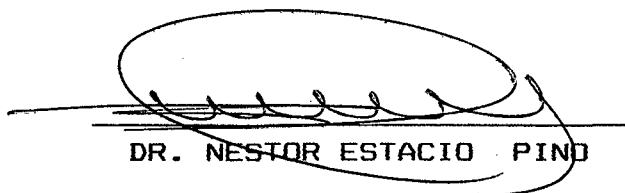
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN MARTIN**


FACULTAD DE OBSTETRICIA

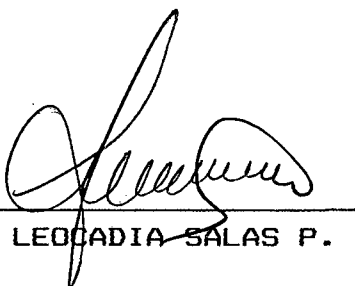
"RELACION ENTRE LOS FACTORES BIODEMOGRAFICOS OBSTETRICOS
QUE PUEDEN INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR
DE PARTO - INSTITUTO MATERNO PERINATAL
DE LIMA - MAYO 1992 - ABRIL 1993"

TESISTAS : BACH. ROSSANA ROBALINO DIAZ
BACH. YESENIA Y. OROPESA ASTOPILCO

JURADO CALIFICADOR :


DR. NESTOR ESTACIO PINO


OBST. EVANGELINA AMPUERO


OBST. LEOCADIA SALAS P.


DR. JORGE H. RODRIGUEZ GOMEZ
Asesor




DEDICATORIA

Con mucho amor a mis queridos padres Abel y Encarnación, quienes con su ejemplo y consejos inculcaron en mí el espíritu de estudio y la superación, con su apoyo moral contribuyeron para ser una profesional.

Con amor a mi esposo Félix, quien con mucho cariño y sacrificio hizo que alcanzara una de mis grandes metas trazadas.

A mis queridos hermanos Julio, Raúl, Abel y Doris por haberme brindado cariño y comprensión, para hacer realidad mi anhelada profesión.

ROSSANA





DEDICATORIA

A mi madre, Manuela quien con su
indesmayable apoyo moral y con-
sejos oportunos hizo cristalizar
mi anhelada meta.

De todo corazón a mi esposo
Cristóbal, quien a mi lado
luchó hasta el final de mi
profesión.

A mis hermanos; en especial a Wilfredo
y esposa, mi sincero agradecimiento,
reconocimiento y gratitud, quienes en
todo momento estuvieron a mi lado y
con sus consejos orientaron mis estu-
dios hasta culminar mi profesión.

Y E S S E N I A



AGRADECIMIENTO

Nuestro reconocimiento profundo a los Doctores:

Jorge Rodríguez Gómez; Médico Internista, catedrático de la Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Obstetricia

José Gamboa Barrantes; Gineco - Obstetra del Hospital Instituto Materno Perinatal de Lima

Al Sr. Pedro Ballena Chumioque, Master en Estadística, Decano de la Facultad de Ingeniería Civil de la Universidad Nacional de San Martín.

A todo el personal asistencial del Instituto Materno Peri Natal de Lima, quienes nos brindaron en todo momento las facilidades del caso para la realización del presente trabajo de investigación.

A todos los docentes de nuestra primera Casa de Estudios por sus enseñanzas oportunas durante nuestros años de estudios.

I N D I C E

	Pag.
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODOS.....	18
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSION.....	45
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. RECOMENDACIONES.....	55
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	56
ANEXOS.....	60

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

"RELACION ENTRE LOS FACTORES BIODEMOGRAFICOS OBSTETRICOS
QUE INFLUYEN EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR
DE PARTO - INSTITUTO MATERNO PERINATAL
DE LIMA - MAYO 1992 - ABRIL 1993"

TESISTAS : BACH. ROSSANA ROBALINO DIAZ
BACH. YESENIA YOLANDA OROPESA ASTOPILCO

T E S I S

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL EN OBSTETRICIA

ASESORES : Dr. JORGE H. RODRIGUEZ GOMEZ
Dr. JOSE GAMBOA BARRANTES
Msc. PEDRO BALLENA CHUMIOQUE

TARAPOTO - PERU

1995

I. INTRODUCCION

¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo Biodemográficos - Obstétricos que pueden influir en la fase activa de la labor de parto en el Instituto Materno Peri-Natal de Lima?

[La fase activa de la labor de parto, período que tanto las madres como los médicos han denominado desde hace tiempo sencillamente parto, comprende desde que el cuello uterino se dilata con más rapidez de uno a dos centímetros por hora y la presentación desciende por el canal del parto, está caracterizada por presentar contracciones uterinas que permite una rápida dilatación cervical, en la cual las contracciones uterinas aumentan gradualmente; cuyos valores promedios son: 41 mmHg., para la intensidad y 4.2 contracciones cada 10 minutos para la frecuencia; la actividad uterina media es de 187 UM y el tono uterino medio de 10 mmHg. Cualquier retraso en la dilatación cervical durante la prolongación del segundo período debe despertar sospechas sobre posibles peligros, como por ejemplo: disfunción uterina (literalmente parto difícil), que se caracteriza por una progresión anormalmente lenta del parto y es consecuencia de

anomalías distintas que pueden presentarse de forma aislada o en combinación. Siendo estas etiologías las siguientes.

- La sobre distensión del útero, al igual que la gestación de gemelos y la del hidramnios.
- Agotamiento de fibra uterina o cansancio muscular.
- Contracciones uterinas que no son suficientemente potentes como para borrar y dilatar el cuello.
- Anomalías del canal del parto que supongan un obstáculo para el descenso del feto.
- Presentación defectuosa o desarrollo anormal del feto, de forma que éste no puede ser expulsado por las contracciones uterinas.

En la disfunción uterina hipotónica las contracciones uterinas presentan un patrón de gradiente normal (sincrónico); aunque un aumento de presión durante una contracción no es suficiente para dilatar el cuello a una velocidad adecuada, éste tipo de disfunción suele producirse durante la fase activa de la dilatación una vez que el cuello a alcanzado una dilatación superior a 4 centímetros.

Los factores biodemograficos obstétricos pueden influir en la fase activa de la labor de parto, pues la duración total del trabajo de parto fisiológico está subordinado a múltiples factores de diverso orden propios de la madre y el feto.

Los criterios de lectura para la fase activa, de la labor de parto según Hurtado (12), López (14), Friedman (10) son los siguientes:

Fase Activa .- Que es la suma de las sub-fases de aceleración, máxima aceleración y desaceleración, se comportan así:

- Sub Fase de Aceleración: Comienza cuando la dilatación se hace más rápida, la línea que presenta en el eje de las coordenadas se angula y se eleva, diferenciándose la correspondiente a la fase latente.
- Sub Fase de Máxima Aceleración: Comienza en el momento en que la dilatación progresa con una máxima velocidad, se expresa con una línea que asciende casi hasta terminar en dilatación completa.

- Sub Fase de Desaceleración: La dilatación pierde velocidad y la curva declina levemente hasta terminar en dilatación completa.

Los valores encontrados por Hurtado (12), para el tiempo de duración de la nulíparas es de 5.35 horas y para las múltiparas 3.66 horas; López (14), menciona para las primíparas 5.80 horas y para las múltiparas 3.72 horas, mientras la investigación realizada en Tarapoto por Becerril (3), fueron para las primíparas 5.09 horas y para las múltiparas 4.02 horas.

En nuestro estudio sólo se analizó los factores de riesgo más importantes a la que se atribuye una mayor o menor laboriosidad en el curso de la fase activa de la labor de parto, constituyendo para nosotros 4 cm. de dilatación como el inicio de la fase activa.

Existen trabajos que se refieren de manera particular con una o mas variables del problema, así:

Pritchard (20), afirma que la fase activa de la labor de parto se puede diferenciar de la etapa rápida o fase de aceleración que es seguida por una mayor rapidez en la dilatación cervical, que se denomina fase de máxima

aceleración, con el cual se completa casi la dilatación por lo que en el registro se establece una fase siguiente de desaceleración, con la que culmina la dilatación del cuello.

En Bogotá; Alvarez y Nubia (1), estudiaron las características (edad, paridad, control prenatal y duración del trabajo de parto; los factores psicológicos y educacionales), para determinar su influencia en el trabajo de parto de las embarazadas.

En cuanto a las características de la población se obtuvieron los siguientes datos: 49.7% estaba entre 20 a 25 años y el 69.7% tenía entre 0 a 2 hijos. El 12.9% entre 3 a 5 hijos y el 11.6% más hijos, el 69.7% asistió a los controles prenatales y el 30.2% no.

En las mujeres con 0 a 2 partos en el 11.6% el trabajo de parto duró entre 5 a 8 horas y en la misma proporción 9 a 12 horas y 21 a 24 horas. En mujeres con 3 a 5 partos el 4.6% tuvo trabajo de parto que duró entre 1 a 4 horas y en las mujeres con 6 a más partos el trabajo duró entre 5 a 8 horas. En todas ellas el 60.4% se consideró de bajo riesgo, el 11.6% de mediano riesgo y el 9.3% de alto riesgo.

Según Henrrriquez y Col.(11), que efectuó un estudio prospectivo en 115 embarazadas con período intergenésico de 7 años a más y se comparó con igual número de pacientes con período intergenésico menor a dicha edad. De estas pacientes 86 (74.8%), no presentaron patología y 29 (25.2%), si lo hacen.

Estos grupos se dividen a su vez en dos categorías, de 35 años a más y menores. No se encontraron diferencias en la forma de inicio del parto, vía de éste, forma de ruptura de membranas, duración del trabajo de parto y expulsivo entre ambos grupos, independientes de la edad materna. Los resultados perinatales son semejantes, excepto un menor peso promedio en los hijos de madres de período intergenésico prolongado. Los pacientes con patología fueron semejantes según este, independientes de su período intergenésico. Se concluye que sólo debe manejarse como de alto riesgo las pacientes con período intergenésico prolongado, si además presenta patología asociada, independiente de su duración las cuales tienen elevadas posibilidades de éxito en parto vaginal en ausencia de patología.

Bustos y Col. (5), en un estudio prospectivo con control de 90 pacientes multíparas con partos vaginales,

con un período intergenésico mayor de 7 años versus período intergenésico menor de ésta cifra; no se encontraron diferencias en duración del trabajo de parto y expulsivo ni en el éxito del parto vaginal (96%). Sólo se encontró mayor frecuencia de partos con fórceps (16.7%) en el período intergenésico prolongado.

Como conclusión, las multíparas de parto vaginal, independientes de su período intergenésico, sólo debe manejarse como de alto riesgo aquellas pacientes que además sean añozas.

Pacheco y Col. (18), en Salud Materno Perinatal, afirma que el período intergenésico menor de 2 años y mayor de 4 años es considerable como factor de riesgo.

Morozovsky y Col. (16), para evaluar la curva del progreso del trabajo de parto analizó la duración de los períodos de dilatación y expulsivo de 306 pacientes (136 nulíparas y 167 multíparas). Todos los casos son normales e ingresaron al estudio en franco trabajo de parto, con dilataciones cervicales de 3, 4 y 5 cm. Los trabajos de parto fueron inducidos sin la administración de oxitocina ni anestésicos. Invariablemente se mantuvieron las condiciones fisiológicas dentro de la

normalidad, evitando agotamiento y deshidratación. Efectuándose el análisis estadísticos del primero y segundo período del parto de nulíparas y multíparas, logramos curvas que representan el progreso de la dilatación cervical media y las diferencias de los tiempos medios entre los dos grupos de pacientes.

Schwarcz (24), afirma que el control pre-natal deberá tener cuatro requisitos básicos de acuerdo a ello deberá ser: Precoz, periódico, completo y extenso. Se acepta como válido el control pre-natal con un mínimo de 5 consultas.

Pritchard y Col. (20), en un estudio realizado acerca de los trabajos que realiza la gestante será calificado de alto riesgo siempre y cuando esto se haga en forma excesiva y presente contingencias inadecuadas, como ambientes tóxicos e insalubres.

Lilass (13), investigó el trabajo de parto en adolescentes; al presentarse comparativamente variedades relacionadas al trabajo de parto de 539 gestantes con menos de 20 años de edad, forma de inicio y término del parto, presentándose variables de posiciones fetales, durante el período de dilatación.

Permite concluir que las adolescentes tiene un trabajo de parto con las mismas características que las mujeres de 20 a 29 años.

El CLAP en el año de 1987 dice que la dilatación hasta 4 a 5 cm. ocupa las 2/3 partes del tiempo total del trabajo de parto y la dilatación restante ocupa 1/3 del tiempo. Tomaron en cuenta la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares.

Stoll y Tager, citados por Pschirembel (21), encontraron que la duración normal del trabajo de parto en primíparas es de 12 a 18 horas y multíparas de 8 a 12 horas, valores que difieren significativamente por los encontrados por Mongrut (15).

El presente trabajo tiene su aplicación en la importancia de poder conocer si los factores de riesgo biodemográficos obstétricos planteados como problemas pueden influir en la fase activa de la labor de parto y en que medida, ya que el parto no es siempre un fenómeno normal; los múltiples factores que participan en su evolución, pueden perturbar el proceso de su dilatación; por lo tanto los registros serán diferentes alargándose o

acortandose según el caso constituyendo lo que se denomina Distocia de la Contractilidad Uterina.

Lo que permitirá recomendar para que se tome precaución en el momento de diferenciar el inicio de la fase activa, ya que una espera indebida conduce con mucha frecuencia a desenlaces desfavorables, mientras que una intervención demasiado precoz provoca cesáreas innecesarias. Las muertes fetales y neonatales son también consecuencia frecuente.

Nos planteamos los siguientes objetivos:

- Describir las características biodemográficas obstétricas de las gestantes en la labor de parto que se atendieron en el Instituto Materno Perinatal de Lima.
- Relacionar los factores de riesgo biodemográficos obstétricos que se estudiaron versus promedio de tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en las gestantes atendidas en el Instituto Materno Perinatal de Lima.

TERMINOS OPERACIONALES

Los términos operacionales que se emplearon en el presente trabajo de investigación son los siguientes:

1. **FACTOR DE RIESGO.-** Se define como aquel que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el normal desarrollo del feto y el estado materno o ambos. Son innumerables los factores de riesgo y de la misma manera, su importancia puede ser mayor o menor más aún cuando en la misma paciente pueden concurrir varios factores con un efecto mayor sobre el producto.

2. **FACTORES BIODEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS.-** Es la variable independiente del estudio, se refiere a todos aquellos factores propios de la gestante que pueden influir en la labor del parto determinando el tiempo de su duración. Esta variable tiene las siguientes sub-variables.

2.1. **Edad Materna de la Gestante:** Son los años cumplidos referidos por la madre en el momento de la recolección de los datos. Que pueden influir tanto en el aspecto psicológico como orgánico de la gestante

2.1.1. Edad de Alto Riesgo : Edad menor de 23 años y mayor de 39 años.

2.1.2. Edad de Bajo Riesgo: Edades comprendidas entre 23 años hasta los 38 años.

2.2 **Grado de Instrucción de la Gestante:** Escolaridad referida por la mujer en el momento de la recolección de los datos. El saber leer y escribir influye en los cuidados de riesgo que tiene toda gestante.

2.2.1. Escolaridad de Alto Riesgo: Mujer iletrada y con estudios primarios.

2.2.2. Escolaridad de Bajo Riesgo: Mujer con estudios secundarios y superiores.

2.3 **Estado Civil de la Gestante:** Es la convivencia de la mujer con su pareja o con el padre del hijo que está gestando. Esta pareja unida desea tener su hijo.

2.3.1. Estado Civil de Alto Riesgo: Mujer que vive sola (soltera, abandonada, viuda, divorciada).

2.3.2. Estado Civil de Bajo Riesgo: Es la mujer con unión marital estable sea sancionada, legalmente o no.

2.4 **Período Intergrnésico de la Gestante:** Período comprendido entre la fecha de la terminación del penúltimo embarazo (ya sea producto vivo o muerto), o con pérdida fetal y la fecha de última regla del actual embarazo.

2.4.1. Período Intergrnésico de Alto Riesgo:
Intervalo menor de 23 meses y mayor de 37 meses.

2.4.2. Período Intergrnésico de Bajo Riesgo:
Comprendido entre el período de 24 meses y 36 meses.

2.5 **Control Pre-Natal de las Gestantes:** Tiene por objeto proteger a la madre y al niño durante la gestación, vigilando la evolución del embarazo y el estado del feto intrauterino, prepara física y psicológicamente a la madre estableciendo el pronóstico para el parto y finalmente proyecta hacia el puerperio las medidas de prevención y atención para la evolución normal y la lactancia.

Para que se considere un control pre-natal ideal en casos normales, será considerado diez a catorce consultas en total, sin embargo para el Instituto Materno Peri-natal se considera 4 a más controles prenatales aceptable.

2.5.1. Control Pre Natal de Alto Riesgo:

Aquellas gestantes que se controlaron de 0 a 3 veces.

2.5.2. Control Pre Natal de Bajo Riesgo:

Aquellas gestantes que se controlaron 4 a más veces.

2.6 Ocupación de la Gestante: Conjunto de tareas propias que realiza la gestante en el medio en que se desenvuelve y cuya actividad va a favorecer la distención y oxigenación de los tejidos.

2.6.1. Ocupación de Alto Riesgo: Son las gestantes con vida activa llámese comerciantes informales, campesinas, etc.

2.6.2. Ocupación de Bajo Riesgo: Aquellas que desempeñan labores domésticas y/o actividades sedentarias (secretaria).

HIPOTESIS

Para la realización de este trabajo de investigación se plantearon las siguientes hipótesis.

- 1.- Existe variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en gestantes con edad de alto riesgo comparadas con aquellas de bajo riesgo.
- 2.- Existe variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en las gestantes con escolaridad de alto riesgo comparadas con aquellas de bajo riesgo.
- 3.- Existe variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en gestantes con control pre natal de alto riesgo con aquellas de bajo riesgo.
- 4.- Existe variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en las gestantes con período intergenésico de alto riesgo comparadas con aquellas de bajo riesgo.

5.- Existe variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en las gestantes con ocupación de alto riesgo con aquellas de bajo riesgo.

6.- Existe variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en las gestantes con estado civil de alto riesgo comparadas con aquellas de bajo riesgo.

PLAN DE HIPOTESIS DE ESTUDIO

Para realizar este trabajo de investigación se empleó las siguientes hipótesis en relación a la fase activa.

A.- Hipótesis de Investigación

Existe variación entre los factores de riesgo biodemográficos - obstétricos y el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en gestantes que acuden al Instituto Materno Peri-natal de Lima.

B.- Hipótesis Estadística

- Hipótesis Nula H_0 = Niega (No)
- Hipótesis Alternativa H_a = Afirma (Si)

"Los factores de riesgo biodemográficos - obstétricos (Si/No) tienen variación en el tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto en gestantes que acuden al Instituto Materno Peri-natal de Lima"

II.- MATERIAL Y METODOS

1.- Tipo de Estudio: Este trabajo es un estudio descriptivo correlacional con datos tomados en forma prospectiva, con la finalidad de establecer las variaciones de las variables biodemográficas - obstétricas de la gestante y el tiempo que dura la fase activa de la labor de parto.

2.- Diseño de la Investigación : Será el :
Expost - Facto, Correlacional

Grupo A	O
---------	---

Grupo B	O
---------	---

O = Observación de la medición.

Grupo A = Gestantes en fase activa de la labor de parto con alto riesgo.

Grupo B = Gestantes en fase activa de la labor de parto con bajo riesgo.

CRITERIOS DE SELECCION: Se tomaron en cuenta los siguientes :

Criterios de Inclusión

- Gestantes de 37 a 42 semanas de gestación, con feto en occipito iliaca anterior.
- Trabajo de parto espontaneo.
- Gestantes que no ingirieron sustancias médicas y/o folklóricas que reduzcan el tiempo de trabajo de parto.
- Parto vaginal con fetos vivos.
- Gestantes que ingresaron al servicio de central de parto segundo piso con dilatación igual a 4 cm.
- Las posiciones que adoptaron todas las gestantes fueron en de cúbico dorsal.

Criterios de Exclusión

- Gestantes en período expulsivo.
- Gestantes derivadas de otros centros hospitalarios.
- Pacientes con enfermedades metabólicas o infecciosas.
- Ruptura prematura de membranas.
- Partos prematuros.
- Embarazos múltiples.
- Partos instrumentados.
- Gestantes con desproporción céfalo pelvica.

POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA NECESARIA:

- A).- Universo:** Constituido por todas las gestantes en trabajo de parto que acudieron para ser atendidas en el Instituto Materno Peri-natal de Lima, estudiados con los criterios que se establecieron.
- B). Población Accesible Conocida:** Constituida por todas las gestantes en trabajo de parto que acudieron para ser atendidas en el Instituto Materno Peri-natal de Lima en el período de Mayo de 1992 a Abril de 1993 susceptibles de ser estudiadas con los criterios de inclusión establecidos.
- C). Muestra:** Está constituida por 370 gestantes en labor de parto y evaluadas sólo en su fase activa, las cuales fueron divididas en dos grupos: Gestantes de Alto Riesgo y Gestantes de Bajo Riesgo.

Este tamaño de muestra fue repartida proporcionalmente a cada mes en el período comprendido de Mayo 1992 a Abril de 1993 (Ver cuadro).

Para tomar los datos que fueron fundamentales para nuestro estudio, se aplicó el muestreo simple aleatorio para cada mes. De todas las gestantes atendida en el Instituto Materno Perinatal de Lima.

DETERMINACION DEL NUMERO DE DATOS PARA CADA MES DE
 LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL SEGUNDO PISO
 DEL INSTITUTO MATERNO PERI-NATAL DE LIMA
 PERIODO MAYO DE 1992 A ABRIL DE 1993

AÑO	NUMERO DE GESTANTES	TAMAÑO PROPORCIONAL DE LA MUESTRA
1992		
MAYO	1123	32
JUNIO	963	28
JULIO	926	26
AGOSTO	947	27
SETIEMBRE	1035	30
OCTUBRE	1366	39
NOVIEMBRE	978	28
DICIEMBRE	1136	32
1993		
ENERO	1275	36
FEBRERO	973	28
MARZO	1138	33
ABRIL	1084	31
TOTAL 1 AÑO	12944	370

Datos para Recolectar y elaborar:

Se tomaron los datos específicos del partograma del Instituto Materno Peri-natal de Lima, debidamente enumerados y evaluados por nosotros, para el presente trabajo de investigación.

Tipo de Análisis Estadístico

Se utilizó el análisis bivalente

a). Se usó el instrumento estadístico.

- Chi cuadrado χ^2

- Test de la curva normal.

b). Se aplicó las etapas de la prueba de significación estadística para verificar la hipótesis nula (H_0). Y se aceptó un $p < 0.05$ de significación estadística.

III. RESULTADO

CUADRO Nº 01 : RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

ESTUDIO REFERENCIAL DEL TIEMPO PROMEDIO DE LAS GESTANTES
 EN LA FASE ACTIVA SEGUN DIVERSOS AUTORES

Autores Gestantes	Friedman	Hurtado	López	Becerril	Estudio Actual
Primíparas (n)	500	500	100	533	134
Fase Activa (Horas)	5.8	5.35	5.8	5.09	3.13
Múltiparas (n)	500	500	100	638	236
Fase Activa (Horas)	2.2	3.66	3.72	4.02	3.11

(n = Tamaño de la muestra)

En el presente cuadro los valores encontrados por diferentes autores en las primíparas durante la fase activa difieren en mas o menos 2 horas con nuestro resultado. Mientras que los resultados en las múltiparas son en algunos casos menores al hallazgo nuestro, como en el caso de Friedman (10), quien afirma que la fase activa de la labor de parto es de 2.2 horas, mientras que para nosotros es de 3.11 horas que a su vez es menor que Becerril (3).

CUADRO Nº 02 : RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DE LA EDAD Y PARIDAD DE LAS GESTANTES

Edad Materna	Primíparas	Multíparas	Total	Porcent. %
15 - 17	34	0	34	9.19
18 - 20	64	15	79	21.35
21 - 23	18	40	58	15.68
24 - 26	14	42	56	15.14
27 - 29	2	44	46	12.43
30 - 32	2	47	49	13.24
33 - 35	0	31	31	8.38
36 - 38	0	13	13	3.51
39 a más	0	4	4	1.08
T O T A L	134	236	370	100%

Existe mayor número de gestantes primíparas entre las edades de 18 a 20 años, 64 (47.76%), en las multíparas el mayor número de gestantes está comprendida entre 30 y 32 años 47 (19.92%). En total el mayor porcentaje obtenido está entre las edades de 18 a 20 años cuyo valor es de 21.35% y la mínima es de 39 años a más cuyo porcentaje es de 1.08%.

CUADRO Nº 2A: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DE EDAD Y PARIDAD DE LA GESTANTE VERSUS
 TIEMPO PROMEDIO DE LA DURACION DE
 LA FASE ACTIVA

Edad de la Gestante	FASE ACTIVA		Total Promedio (hr)
	Primíparas	Multíparas	
Alto Riesgo (n = 198)	3.14	2.41	3.16
Bajo Riesgo (n = 172)	3.09	2.05	3.57
Total Promedio	3.12	2.23	3.26

n = Número de la muestra

($p > 0.05$)

Observamos que las gestantes primíparas con edad de alto riesgo, tiene un tiempo promedio de duración de la fase activa de 3.14 horas que es mayor que las de bajo riesgo de 3.09 horas. Haciendo un promedio entre ambos de 3.12 horas, no existiendo diferencia estadística significativa entre ambas.

Mientras que las multíparas con edades de alto riesgo tienen un promedio de duración de la fase activa de 2.41 horas que es mayor al de bajo riesgo de 2.05 horas, haciendo un promedio total entre ambos de 2.23 horas no existiendo diferencia estadística significativa.

El promedio total de duración de la fase activa, en lo referente a la edad, fue 3.26 horas.

CUADRO Nº 03: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DEL GRADO DE INSTRUCCION Y PARIDAD DE
 LA GESTANTE

Grado de Instrucción	Primíparas	Múltiparas	Total	Porcentaje %
Analfabeta	4	03	07	1.89
Primaria	26	83	109	29.73
Secundaria	95	140	235	63.24
Superior	09	10	19	5.14
T O T A L	134	236	370	100%

En el presente cuadro existe primíparas con estudios secundarios 95, que equivalen al 70.89% y múltiparas 140 (59.32%), obteniendo entre ambos un porcentaje de 63.24%. En las gestantes primíparas existen 09 con estudios superiores que son el 6.7% en las múltiparas 10 (4.23%), sumando entre ambos (19) 5.14% gestantes.

También se observa primíparas analfabetas 04 (2.99%), y múltiparas 03 (1.27%), ambos suman 07 gestantes que equivalen al 1.89%.

CUADRO Nº 3A: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DE GRADO DE INSTRUCCION, PARIDAD VERSUS
 TIEMPO PROMEDIO DE LA DURACION DE
 LA FASE ACTIVA

Grado de Instrucción	FASE ACTIVA		Total Promedio (hr)
	Primíparas	Multíparas	
Alto Riesgo (n = 254)	4.19	2.51	3.35
Bajo Riesgo (n = 116)	3.23	2.24	3.14
Total Promedio	4.11	2.36	3.10

n = Número de la muestra

($p > 0.05$)

En este cuadro observamos que las primíparas de alto riesgo tienen un promedio de tiempo de la fase activa de 4.19 horas mientras que las de bajo riesgo tienen un promedio menor de 3.23 horas, haciendo entre ambos un promedio total de 4.11 horas.

Las múltiparas de alto riesgo tienen un promedio de la fase activa de 2.51 horas y las de bajo riesgo de 2.24 horas, entre ambos el promedio total es de 2.36 horas.

Al comparar los valores de alto riesgo con aquellos de bajo riesgo no encontramos diferencia estadística significativa, tanto en las primíparas como en las múltiparas.

La duración total promedio de la fase activa, en cuanto al factor de riesgo de grado de instrucción fue de 3.10 horas.

CUADRO Nº 02 : RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION ENTRE EL CONTROL PRE-NATAL Y PARIDAD
 DE LAS GESTANTES

Control Pre-natal	Primíparas	Multíparas	Total	Porcentaje %
0	59	70	129	34.86
1 - 3	25	67	92	24.86
4 a más	50	99	149	40.27
T O T A L	134	236	370	100%

Aquí observamos que las gestantes primíparas 59 (44.02%), y multíparas 70 (29.66%), no recibieron control prenatal, sumando entre ambos 129 (34.86%).

Mientras que las gestantes primíparas 25 (18.66%) y 67 (28.39%), cuyo porcentaje entre ambos es de 34.86% recibieron de 1 a 3 controles pre-natales, haciendo un porcentaje de 24.86%.

Mientras que las gestantes primíparas que recibieron de 4 a más controles pre-natales fueron primíparas 50 (37.31%) y multíparas 99 (41.95%) obteniendo entre ambos un porcentaje de 40.27%.

CUADRO Nº 4A: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION ENTRE EL CONTROL PRE NATAL Y PARIDAD DE LA
 GESTANTE VERSUS TIEMPO PROMEDIO DE LA
 DURACION DE LA FASE ACTIVA

Control Pre - Natal	FASE ACTIVA Tiempo Promedio de Duración (hr)		Total Promedio (hr)
	Primíparas	Múltiparas	
Alto Riesgo (n = 221)	3.02	2.51	3.17
Bajo Riesgo (n = 149)	3.32	3.15	3.24
Total Promedio	3.17	3.23	3.20

n = Número de muestra

($p > 0.05$)

Observamos que la duración de la fase activa de aquellas gestantes primíparas con control prenatal de alto riesgo es de 3.02 horas, mientras que las primíparas de bajo riesgo tiene un promedio mayor de 3.32 horas, obteniendo un promedio total entre ambos de 3.17 horas.

En las multiparas de alto riesgo existe un promedio de duración de la fase activa de 2.51 horas, que es menor a la de las multiparas de bajo riesgo cuyo promedio es de 3.15 horas, sumando entre ambos 3.23 horas.

En este cuadro las gestantes de alto riesgo y bajo riesgo con respecto al control pre-natal según el tiempo de duración de la fase activa no tienen diferencia estadística significativa.

El promedio total de la duración de la fase activa en lo referente al factor de riesgo control pre-natal fue de 3.20 horas.

CUADRO Nº 05 : RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE
 PARTO - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DEL PERIODO INTERGENESICO Y PARIDAD
 DE LAS GESTANTES

Período Inter- genésico (ms)	Múltiparas	Gran Multi- paras	Total	Porcentaje %
Menos de 11	63	40	103	42.9
11 - 23	17	20	37	15.4
24 - 36	33	19	52	21.7
37 - 49	12	16	28	11.7
50 - 62	4	6	10	4.2
63 a más	5	5	10	4.2
T O T A L	134	106	240	100%

De acuerdo a los resultados encontrados en este cuadro observamos que existe un mayor número de gestantes múltiples 63 (47.1%), con un período intergenésico menor a 11 meses, a diferencia de una mínima cantidad de gestantes 5 (3.73%), con período intergenésico prolongado mayor de 63 meses.

Las gran múltiples 40 (37.74), tiene un período intergenésico menor de 11 meses, mientras que 5 (4.72%) tienen un período intergenésico prolongado mayor de 63 meses.

CUADRO Nº 5A: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DEL PERIODO INTERGENESICO Y PARIDAD
 VERSUS TIEMPO PROMEDIO DE LA DURACION DE
 LA FASE ACTIVA

Período Interge- nésico.	FASE ACTIVA		Total Promedio (hr)
	Tiempo Promedio de Duración (hr)		
	Múltiparas	Gran Múltiparas	
Alto Riesgo (n = 197)	3.02	2.59	3.21
Bajo Riesgo (n = 43)	2.44	3.28	3.36
Total Promedio	2.53	3.13	3.23

n = Número de muestra

($p > 0.05$)

Teniendo en cuenta la clasificación de los niveles de riesgo en el período intergenésico, podemos observar, que las múltiparas de alto riesgo tiene un mayor tiempo promedio de la

fase activa de 3.02 horas; mientras que las gestantes multiparas de bajo riesgo tienen un tiempo promedio de 2.44 horas, haciendo un promedio entre ambas de 2.53 horas.

En las gestantes gran multiparas el periodo intergenésico de alto riesgo tiene un promedio de 2.59 horas menor a las de bajo riesgo, cuyo promedio es de 3.28 horas, teniendo entre ambas un promedio total de 3.13 horas. No encontrándose diferencia estadística significativa.

En lo referente al periodo intergenésico, como factor de riesgo, la fase activa duró un promedio de 3.23 horas.

CUADRO Nº 06 : RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE
 PARTO - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DEL ESTADO CIVIL Y PARIDAD
 DE LAS GESTANTES

Estado Civil	Primíparas	Multíparas	Total	Porcentaje %
Casada	25	78	103	27.8
Conviviente	70	144	214	57.8
Soltera y/o separada	39	14	53	14.32
T O T A L	134	236	370	100%

De las 370 gestantes con estado civil en estudio, 95 fueron gestantes primíparas casadas y convivientes haciendo un porcentaje de (70.90%), mientras que 39 (29.10%) primíparas fueron solteras y/o separadas.

En lo que se refiere a las gestantes multíparas, casadas y convivientes 222 (94.07%) y 14 (5.93%) corresponde a solteras y/o separadas.

CUADRO Nº 6A: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE
 PARTO - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DEL ESTADO CIVIL PARIDAD VERSUS TIEMPO
 PROMEDIO DE LA DURACION DE
 LA FASE ACTIVA

Estado Civil	FASE ACTIVA Tiempo Promedio de Duración (hr)		Total Promedio (hr)
	Primíparas	Múltiparas	
Alto Riesgo (n = 53)	3.03	2.16	3.0
Bajo Riesgo (n = 317)	3.34	3.3	3.32
Total Promedio	3.19	3.03	3.16

n = Número de muestra

($p > 0.05$)

Tenemos que la primíparas con estado civil con alto riesgo ofrecen un tiempo de duración de la fase activa de 3.03 horas, mientras que las de bajo riesgo tienen un promedio de 3.34 horas; haciendo entre ambos un promedio de 3.19 horas.

Observamos que en el caso de las multíparas de alto riesgo el promedio de duración es de 2.16 horas, menor que el tiempo promedio de las gestantes multíparas de bajo riesgo, haciendo entre ambos un promedio de 3.30 horas.

No existiendo diferencia estadística significativa entre gestantes de estado civil de alto riesgo y bajo riesgo.

El promedio total de la fase activa en cuanto al factor de riesgo estado civil, fue de 3.16 horas.

CUADRO Nº 07 : RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE
 PARTO - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DE LA OCUPACION Y PARIDAD
 DE LAS GESTANTES

Ocupación	Primíparas	Multíparas	Total	Porcentaje %
Ama de Casa	119	215	334	90.3
Ambulantes	12	19	31	8.4
Estudiantes	1	2	3	0.81
Empl. pública	2	0	2	0.5
T O T A L	134	236	370	100%

Del total de las gestantes en estudio, 334 (90.3%), tienen como ocupación su casa a diferencia de 02 (0.5%), que son empleadas públicas y 03 (0.81%) estudiantes, mientras que ambulantes sólo se encontraron 31 (8.4%).

CUADRO Nº 7A: RELACION ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO
 BIODEMOGRAFICOS - OBSTETRICOS QUE PUEDEN
 INFLUIR EN LA FASE ACTIVA DE LA LABOR DE PARTO
 - INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA

RELACION DE LA OCUPACION PARIDAD VERSUS
 TIEMPO PROMEDIO DE LA DURACION DE
 LA FASE ACTIVA

Ocupación	FASE ACTIVA		Total Promedio (hr)
	Primíparas	Multíparas	
Alto Riesgo (n = 33)	2.54	3.12	3.23
Bajo Riesgo (n = 337)	4.4	2.6	3.50
Total Promedio	3.47	3.26	3.37

n = Número de muestra

($p > 0.05$)

Se observa que las gestante primíparas con ocupación de alto riesgo tienen un promedio de 2.54 horas menor al de las primíparas de bajo riesgo 4.4 horas, existiendo entre ambos un promedio de 3.47 horas.

Las gestantes multiparas de alto riesgo tienen un promedio de 3.12 horas mayor que las de bajo riesgo 2.6 horas; existiendo entre ambos un promedio de 3.26 horas, sin embargo no hay diferencia estadística significativa.

En cuanto a la ocupación como factor de riesgo, el tiempo promedio de duración de la fase activa fue de 3.37 horas.

IV. DISCUSION

Fuldamentalmente el tema de nuestra investigación ha sido realizado en la población de gestantes que ingresaron al Servicio de Obstetricia; segundo piso, del Instituto Materno Peri-natal de Lima, encontrándose en pleno trabajo de parto con una dilatación de 4 cm., que para nuestro estudio significó el inicio de la fase activa de la labor de parto.

La fase activa es importante en nuestra investigación, ya que existen factores de riesgo biodemográficos, que pueden influir, pues el parto no es siempre un proceso normal; los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbar el proceso de la dilatación.

Por lo tanto los partogramas fueron diferentes alargándose o acortándose en el tiempo según el caso, el cual permitió conocer y calificar a las pacientes en alto y bajo riesgo.

En el cuadro Nº 01; se observa los diferentes períodos de duración de la fase activa de la labor de parto, encontrados por diferentes autores, así tenemos:

Friedman (10), reportó que la duración de la fase activa de la labor de parto para las primíparas fue de 5.8 horas, Hurtado (12), 5.35 horas, López (14), 5.8 horas, Becerril (03), 5.09 horas, si tomamos como referencia estos valores con nuestro resultado el cual arrojó un promedio de 3.13 horas existiendo una diferencia en relación a los otros estudios antes mencionados, esto debido a que no se tomó en cuenta los factores de alto y bajo riesgo como se consideró en este trabajo de investigación.

En cuanto a las multíparas el promedio de tiempo de duración de la fase activa reportada según los estudios realizados por: Hurtado (12), cuyo valor es de 3.66 horas, López (14), 3.72 horas; Becerril (3), 4.02 horas y Friedman (10), 2.2 horas; siendo este último el que se asemeja a nuestro estudio en el cual se obtuvo un promedio en las multíparas de 3.11 horas.

Concluimos que entre las primíparas y multíparas no existe diferencia estadística significativa y si tomamos como referencia los valores encontrados por otros autores; se observará una mayor diferencia como sucede con Fernández Molinari, así por ejemplo la diferencia existente entre el tiempo de las multíparas es de 3.6 horas y para Hurtado (12), 3.69 horas; para López (14), la diferencia

es 2.08 horas; Becerril (3), tiene una diferencia de 1.6 horas.

Podemos decir que los diferentes tiempos encontrados en nuestro estudio es el resultado de la agrupación de los factores de riesgo (Alto y Bajo Riesgo) y a través de este estudio se contará con los valores promedios propios de nuestra población hospitalaria.

Para determinar la variación que existe entre los factores de riesgo biodemográficos - obstétricos y el tiempo que dura la fase activa de la labor de parto, se verificó las hipótesis planteadas:

En el cuadro 02, la muestra de nuestro estudio está mayormente entre 18 a 20 años para las primíparas, el promedio de edad que éstas madres gestaron por primera vez es de: 25 años \pm 1.56, los rangos para las primíparas es de 15 a 32 años y para las múltiparas es de 18 a 39 años a más.

Con este resultado afirmamos que en la población de nuestro estudio existen parturientas en edades extremas de alto riesgo según Sifuentes (7), resultados discretamente mayor a los encontrados por Hurtado (12),

quien reporta 20.9% años como promedio de las primíparas y 28.9 años para las multíparas.

En el cuadro 2A, el tiempo promedio de la fase activa de la labor de parto con respecto a la edad de la gestante de alto riesgo, primíparas y multíparas podemos observar que existe variación con aquellas gestantes con edad de bajo riesgo.

Mongrut (15), acepta que la edad es un factor que influye gradualmente en la duración del trabajo de parto, haciendo que éste sea más laborioso a medida que avanza la edad materna, mas aún, si tenemos en cuenta la primiparidad y multiparidad que está influenciada a pesar que hay quienes niegan el valor que otros dan a este factor.

En el cuadro 3, observamos que nuestro estudio está constituido por un mayor número de madres con un elevado nivel de educación que facilita la comunicación entre el personal de salud y la parturienta, además observamos que el porcentaje de madres iletradas es mínima (1.89%).

Entre las gestante con escolaridad de alto riesgo y de bajo riesgo, en el tiempo de duración de la fase activa no existe diferencia estadísticas significativa

($p > 0.05$) e inclusive los tiempos promedios de la fase activa de la labor de parto son aproximados.

En el cuadro 4, existe un 40.27% (149) que representan a gestantes con 4 a más controles pre-natales.

Alvarez (1), en su estudio, concluye que el 69.7% de las gestantes asistieron a los controles pre-natales y el 30.2% no lo hicieron, lo que demuestra semejanza con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

En el cuadro 4A, el tiempo promedio de duración de la fase activa de la labor de parto en las gestantes primíparas y multíparas, con respecto al control pre-natal de alto riesgo con los de bajo riesgo, no existe diferencia estadística significativa ($p > 0.05$), es decir que los controles pre-natales no influyen en la duración de la fase activa en la labor de parto.

Para el análisis del cuadro 5, sólo se tomó en cuenta a las gestantes multíparas y gran multíparas excluyendo del mismo a las primíparas por que en ellas no existe período intergenésico; interviniendo un número total de 240 gestantes, de las cuales 42.9% tienen un período intergenésico menor de 11 meses.

En el cuadro 5A observamos, que no existe diferencia estadística significativa ($p > 0.05$), en el tiempo promedio de la fase activa entre las gestantes con período intergenésico de alto riesgo y las gestantes de bajo riesgo.

Un estudio prospectivo realizado por Henríquez y Col. (11), con 115 gestantes con período intergenésico de 7 años a más, comparadas con igual número de pacientes con período intergenésico menor a dicha edad, se encontró que no existía diferencia en la duración del trabajo de parto.

Bustos P. y Col. (5); en su estudio prospectivo caso control de 90 pacientes multíparas con partos vaginales, con un período intergenésico mayor de 7 años versus madres con un período intergenésico menor a esta cifra, no se encontraron diferencias en la duración del trabajo de parto y expulsivo ni en el éxito del parto vaginal, sólo se encontró mayor frecuencia de fórceps en el período intergenésico prolongado. Concluyeron en este estudio que las multíparas con parto vaginal independientes de su período intergenésico sólo debe manejarse como de alto riesgo, madres añozas.

Finalmente podemos afirmar que ambos estudios realizados coincidieron con los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En el cuadro 6, observamos que existe un mayor número de gestantes de parejas unidas, siendo las multiparas el mayor número. Esto coincide con otros autores nacionales (18).

En el cuadro 6A; demostramos que no existe diferencia estadística ($p > 0.05$), entre el tiempo promedio de la fase activa de la mujeres primíparas, multiparas y el estado civil de alto y bajo riesgo. Pero también observamos que el promedio de duración de la fase activa para alto y bajo riesgo es equivalente para primíparas y multiparas.

Nuestros datos no pudieron ser comparados por no existir estudios semejantes, sin embargo es posible, que en un hogar constituido la pareja unida espere con ansiedad el nacimiento del recién nacido lo que psicológicamente puede influir en el trabajo de parto.

Según el cuadro 7, la mayoría de las gestantes tiene como ocupación su casa, cuyo porcentaje es 90.3%

Los estudios realizados por Berkowitz, Murphy y Cols., citados por Pritchard (20), no encontraron que la actividad física fuera nociva para el embarazo; de hecho, sugirieron lo contrario. Es evidente que los problemas relacionados con los intentos de comparar el embarazo de mujeres que habían trabajado y que no lo habían hecho durante las gestación son numerosas. El sentido común indica evitar cualquier ocupación que someta a la mujer embarazada a esfuerzos físicos grandes. En realidad ningún trabajo debería prolongarse hasta el extremo de causar fatiga.

En el cuadro 7A, los resultados obtenidos en las gestantes con ocupación de alto y bajo riesgo no influye en la duración de la fase activa de la labor de parto ($p > 0.05$).

En conclusión, hemos demostrado que existe variación en el tiempo de duración de la fase activa al comparar los grupos de gestante de alto y bajo riesgo, según como lo hemos denominado en nuestro trabajo de investigación, sin embargo, estas variaciones no son estadísticamente significativos ($p > 0.05$).

V. CONCLUSIONES

Fundamentalmente el tema de nuestra investigación ha sido realizado en la población de gestantes que ingresaron al servicio de obstetricia segundo piso, del Instituto Materno Perinatal de Lima, encontrándose en pleno trabajo de parto con una dilatación de 4 cm., que para nuestro estudio significó el inicio de la fase activa de la labor de parto; y que a pesar de confluir a gestantes de todo tipo de nivel socio - económico, tiene características propias que quizá al ser comparada con otra muestra de otro centro hospitalario como IPSS, otro sería el resultado.

De acuerdo a los cuadros concluimos:

- 1.- El tiempo de duración de la fase activa es más prolongada en gestantes con edad de bajo riesgo que aquellas gestantes de alto riesgo.
- 2.- Las gestantes con escolaridad de alto riesgo representan mayor tiempo de duración de la fase activa que aquellas con escolaridad de bajo riesgo.

- 3.- El control pre-natal de alto riesgo tiene probabilidad de producir menor tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto que aquellas que tienen un control pre-natal de bajo riesgo.
- 4.- Las gestantes con período intergenésico considerado de alto riesgo presentan menor duración de la fase activa que aquellas gestantes de bajo riesgo.
- 5.- El estado civil considerado de alto riesgo tiene menor tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto que aquellas gestantes con estado civil de bajo riesgo.
- 6.- La ocupación considerada de alto riesgo tiene menor tiempo de duración de la fase activa de la labor de parto que aquellas gestantes con ocupación de bajo riesgo.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.- Incluir en la historia clínica la ficha perinatólogica que permitirá identificar fácil y rápidamente la presencia de los factores de riesgo en las gestantes, desde su primer control pre-natal para poder iniciar un manejo adecuado para cada caso.
- 2.- Unificar criterios para que las gestantes, detectadas con factor de riesgo sean hospitalizadas durante la fase latente, poniendo énfasis en la valoración de la fase activa (dilatación); logrando una mejor atención del binomio madre niño.
- 3.- Promover la revalorización de la gestante una vez hospitalizada durante el curso del trabajo de parto, evitando de esta manera que una gestante calificada de bajo riesgo se convierta en una gestante de alto riesgo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- ALVARES N. : Factores que interviene en el mecanismo de parto en usuarias del Hospital Local de Carupa Bogotá. S/N ; Febrero 1987 pp. 33.
- 2.- BARROSO N.M.; RUIZ, C.; ITSMENE T.; La posición adoptada por la primípara durante el trabajo de parto, sus efectos en la evolución del parto y condiciones del recién nacido.; Bogotá, Colombia, Universidad Nacional Facultad de Enfermería, Junio 1986. pp. 144.
- 3.- BECERRIL, A: Curva de trabajo de parto y sus alteraciones. Hospital de Apoyo II. Integrado IPSS, Tarapoto; 1991 pp. 16.
- 4.- BENSON, R. Diagnóstico y tratamiento Gineco Obstétrico. Edic. segunda: Edit. "El Manual Moderno" S.A. : 1975 pp. 300.
- 5.- BUSTOS. V, J, C. IVANKOVIC, B, M. Período intergenésico prolongado: otra vez primípara. Rev. Chil.; obstétrica Ginecol. 52 (4): 243 - 6, 1927.
- 6.- CALDEYRO, B.R; POSEIRO, J.J. fenómenos activos del trabajo de parto.; Edit. "El Ateneo" , Rev. Obstétrica Buenos Aires 1986. pp 312-30.

- 7.- CIFUENTES, R. Obstetricia de alto riesgo. Edic. segunda Edit. "Talleres Gráficos. Cali colombia. 1988. pp. 580.
- 8.- COBO, E. C. Correlación entre la duración clínica y la intensidad de la contracciones uterinas en el parto humano; Colombia. Rev. Med.; 15 (3); 105 - 9, 1984.
- 9.- COLTON, T. Estadística en Medicina Edit. Salvat Editores S.A. España 1979 pp 159 - 190.
- 10.- FRIEDMAN, E. A. : La curva de evolución del trabajo de parto. Escuela Medicina Harvard Hospital. Bach. Nassa chusets; Edic. Segunda Edit. "Appeton Century Crofts New York 1978. pp 69.
- 11.- HENRIQUEZ S.R.; VALENZUELA G.; TRUJILLO, N.; ACUÑA S. Período intergenésico prolongado Factor de Alto Riesgo, Rev. Chile. Obstetricia. Ginecol. 54 (3) 1989 pp. 133 - 40, .
- 12.- HURTADO, K.H. Curva de trabajo de parto y sus anormalidades (Estudio Clínico Estadístico). Tesis Doctoral. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1972.
- 13.- LILACS O.; Trabajo de parto de pacientes adolescentes; Brasil, Rev. ginecol. 1986, 96 (10): 497 - 502.

- 14.- LOPEZ, J.S.; Partograma normal: Su interpretación en nuestro medio. Trabajo de habilitación; Univesidad Nacional de Trujillo. 1982.
- 15.- MONGRUT, S. Tratado de Obstetricia, Edic. Tercera, Edit. "sesator". Lima 1974, pp 361-362-341-339.
- 16.- MOROZOVKY, J.; BABINI, A.; RUIZ. O.; PRATS, C.; FAGGIOLI, N.; MEXICO, S.; Curvas para evaluar el progreso del trabajo de parto; Rev. Latinoam.; Obstet. ginecol.; 43 (1/2): 40-9, en Febrero 1985.
- 17.- OLIVEIRA, F.C. Período de dilatación su importancia na asistencia ao prto; Rev. Med. 6 (3) PP. 39 - 41, 1984.
- 18.- PACHECO J.; GEISINGER, E.; VALDIVIA, P.; Salud Materna y Perinatal, Lima - Perú, 1983, pp. 50.
- 19.- PEREIRA, C.; FRAJNDLICH, N.; PIRES, L.F; PEREIRA, F. L.; Partograma; Un análisis retrospectiva. Acta med. (parto alegre); 1987 pp. 363 - 6 .
- 20.- PRITCHARD J.A.; MACDONALD P.C.; CANT. N.F.; Parto normal, Willians Obstetricia.
- 21.- PSCHYREMBEL, W., Obstetrica Práctica. Edic. Tercera, Edit. "Labor S.A., Barcelona, 1978, pp, 62-80-88-357-392.

- 22.- SCHARCZ R.; DUVERGES, C.; DIAZ A.; FESCINA, R.;
Obstétrica, Edic. Cuarto, Edit. "El Ateneo",
Buenos Aires Argentina, 1986, pp 312-316-321-
325-332-335-337-338-339-342.
- 23.- RUDGE, M.; VIEIRA. C; LUCA, L.A.; PERACO. J.
C.; Partograma: Utilidad e importancia; 16 (1):
29 - 34 Junio 1988.
- 24.- SCHWARCZ, R.; GONZALO D. A.; NIETO, F.;
algunas recomendaciones para el manejo de parto
de bajo riesgo. In. Martínez, Gerardo; Edit.
Tecnologías perinatales; Montevideo; Centro
Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo
Humano, 1988. pp 192 - 202 : (CLAP 1166)
- 25.- SCHWARCZ, R.; GONZALO D. Angel; NIETO,
FERNANDO; Guía para la vigilancia de partos:
Partograma con curvas de alerta In. Martínez,
Gerardo; Edit. Tecnologías perinatales;
Montevideo; Centro Latinoamericano de
Perinatología y desarrollo humano, 1988. pp.
225 - 33 : (CLAP 1166)
- 26.- SCHWARCZ, R.; GONZALO D. A.; FESCINA, R., H.;
DUVERGES C.; Atención del parto de bajo riesgo.
In. Díaz Angel Gonzalo, Coordi. Salud pública
materna infantil 1988 Vol. 3. Montevideo,
Centro Latinoamericano de Perinatología y
desarrollo humano, 1988. pp. 127 - 45 : (CLAP
1167)

ANEXO

INSTITUTO MATERNO PERINATAL - IMAPE

Universidad Nacional de San Martín

Facultad de Obstetricia

FORMATO DE INVESTIGACION

Fecha..... Fecha:.....
 Nombres.....
 Apellido.....
 Ocupación.....Edad.....

1.- DATOS CLINICOS

G:..... P:.....
 FUR..... FPP.....Edad Gestacional.....

2.- TRABAJO DE PARTO:

- Duración del Trabajo de Parto

Primer Período..... Horas.....Minutos.....

Segundo Período..... Horas.....Minutos.....

Tercer Período..... Horas.....Minutos.....

Duración Total del Parto.....Horas.....Minutos.....

- Personal que atendió el Parto: - Médico Asistente.....

- Médico Residente.....

- Interno (médic.).....

- Obstétrica.....

- Interna (Obst.).....

